

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA
División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínez, William	
2 Núm. Seg. Social	████████-4771	
3 Sexo	M	
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	\$1,000.00	
9 Núm. de la Plaza	0706-T	
10 Categoría de la Plaza	M. Educ. Física	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatatal	
13 Cifra Cuenta	90-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 1989	
15 Acción y Duración	Nombramiento para Puesto en Cuenta	
16 Causa del Cese		
17 Ultimo Día Trabajo		
18 Ultimo Día de Pago		
19 Programa Escolar	Educación Física	
20 Turno en Registro	0042	
21 Distrito Escolar	San Lorenzo	

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio)	Nuevo.
25 Observaciones (Después del Cambio)	Descuento Medicare Ley -99-272
26 Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso	Fecha
27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme	
Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorró y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.	
28 Recomendado	Fecha
Superintendente de Escuelas	Fecha
29 Recomendado	Fecha
Superintendente de Escuelas	Fecha

30 APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA

FIRMA

FECHA

* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Agricultura
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908

18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez
Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens
Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.


Angeles Lara de la Torre
Secretaria Auxiliar de Administración, Interina

TELEPROCESADO POR (FIRMA) FECHA
5/20 12:33:45 Desc: DIA MES AÑO
CODIFICADO (FIRMA OCS) FECHA
DIA MES AÑO

92-13-01137-4

WILLIAM VEGA MARTINEZ
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

WILLIAM VEGA MARTINEZ
CALLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS
CAJAS. PR 00725

DEPTO. DE EDUCACION
APARTADO 1281
SNA LORENZO PR 00754

6
POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO
SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO			PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES																											
			BATCH		CASO NUMERO		C/D		CLAVE TRANS.		TARJ. NUM.																			
		ANO	DISP.	NUMERO																										
		1	3	4						12	13	14	15	16																
CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR						ALTA DEFINITIVA																					
COMP.	DISP.	PAT.	ANO	MES	DIA				ANO	MES	DIA																			
17			22	27					39					44																
MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA																														
CLAVE DISP. 33	FECHA DE ACC. ANO MES DIA			<input type="checkbox"/> FONDO DE ANTICIPO				<input type="checkbox"/> SUBROGACION				<input type="checkbox"/> OBRERO MIGRANTE																		
REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATADA POR LA CUAL ES DADO DE ALTA. (VEASE INSTRUCCIONES AL DORSO)																														
1RA.	Laringitis																													
2DA.																														
CODIGO DE DIAGNOSTICO																														
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																														

□ 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:		DE	DE 19
<input type="checkbox"/> a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN <input type="checkbox"/> b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL <input type="checkbox"/> c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO _____		□ DESCANSO DE	□ C.T. (MIENTRAS TRABAJA) DE 19
□ 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE abril DE 19 92 CURADO <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input checked="" type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).			
□ 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN		DE	DE 19 SE
<input type="checkbox"/> 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.		□ DESCANSO	□ C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
□ 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:		DE	DE 19 LUEGO DE LA
<input type="checkbox"/> a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE 19 <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)		DE	DE 19
<input type="checkbox"/> b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE 19		DE	DE 19
□ 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:			
<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> DESCANSO <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE 19 <input type="checkbox"/> EVALUACION <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE 19 <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)		DE	DE 19
<input type="checkbox"/> c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE 19		DE	DE 19
□ 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL. POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.			
□ 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE 19 LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.			
□ 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978 HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE 19 (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).			
OBSERVACIONES:			

SP. ALBERTO Q. BACO

Administrator

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

DPA, JFNA C. SANTOS

Figura do Médico ou Funcionário Autorizado

, Puerto Rico

Tribunal DISTRITO, Sala S.L. sin hoja de continuación

Querella de la Policía Núm.

Oficina de Juez Municipal o de Paz

DENUNCIA

 incluye hoja de continuaciónCon Fecha 23-6-94

Denuncia Núm.

94-1214

FORMULADA POR EL PUEBLO DE PUERTO RICO

CONTRA:

Nombre MILAGROS MOYET ROSARIO Alias _____ Fecha nac. 15-9-57 Lugar S.L. Sexo H
S.S. # 584-00000000 Dirección CARR. 181 Km9 RES.

Lic. Cond. # _____ Señas _____

Nombre _____ Alias _____ Fecha nac. _____ Lugar _____ Sexo _____

S.S. # _____ Dirección _____

Lic. Cond. # _____ Señas _____

Por el Delito de ARTICULO 260 C.P. ALTERACION A LA PAZ Grave Menos GraveCometido en BO. QDA. HONDA S.L.el 9 de junio de 94 a las 8:45am de la siguiente manera:

El referido acusado, MILAGEOS MOYET ROSARIO, allí y entonces, ilegal, voluntario, malicioso y a sabiendas, violó lo dispuesto en el artículo 260 C.P., consistente que en fecha, hora y sitio antes indicados y en ocasión en que le alteró la paz y la tranquilidad a la ó el William Vega Martínez, usando un lenguaje grosero, profano e indecoroso con palabras obscena tales como: estupido que te pasa con mi hijo, maesttro sangano, estupido, yo me pongos unos pantalones y me atrevo darte una galleta y si no mi marido te la da.

HECHOS CONTRARIOS A LA LEY

Presentada por:

GDTA. ETANISLÃO VAZQUEZ 9629

Número y firma del Denunciante

 Propio Conocimiento
CTEL. POL S.L. Información y CreenciaGDIA

Dirección

Cargo - Ocupación

Jurada y Suscrita ante mí en _____, P.R., hoy _____ de _____ de _____ a las _____

Vista señalada para el _____ de 19_____
en la Sala de _____ Vista Preliminar Superior Lectura de Acusación Juicio en su fondo Distrito a las _____

Nombre y Firma del Magistrado o Secretario

NOMBRE DE TESTIGOS	EDAD	DIRECCION	Examen de los Testigos			
			Conocimiento Propio	Información o Creencia	Bajo Juramento	Declaración Jurada
<u>WILLIAM VEGA MARTINEZ</u>	<u>M</u>	<u>CALLE 33 R. 6 17 URB. TURABO GARDEN CAGUAS</u>				

INFORMACION SOBRE EL IMPUTADO:

No estuvo presente
 Traído sin Orden de Arresto
 Compareció por Citación

Le fueron hechas las advertencias legales
 Estuvo acompañado por _____

 Ahorrado Despachado _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO — USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL		NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	Stat Pat	Proc
AÑO	MES	DIA	DIAS		AÑO	T	R	O	Año Fact.	AMP.				

PARTE A. INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2 NUMERO DE POLIZA	AÑO	T	R	O	NUMERO	Año Fact.	AMP.	3	SEGURO SOCIAL PATRONAL	
Departamento de Educacion										6 9 0 6 6 0 0 0 1	
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. HM.	4 CLASE DE PATRONO:						Industria	Sociedad	Corporacion	Cooperativa	5 CLASE DE NEGOCIO
P. O. Box 1281	<input type="checkbox"/> Asociacion	<input type="checkbox"/> Sindicato	<input type="checkbox"/> Sucesion	<input type="checkbox"/> Albaces	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	Educacion					
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	6 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)						7 TELEFONO				
San Lorenzo, Puerto Rico 00754	Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo						736-8989				

PARTE B. INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8 NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
4 7 7 1	Vega	Martinez	William	
10. DIRECCION RESIDENCIAL				CODIGO POSTAL
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico				00725

11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO

Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico 00725

12 SEXO	13 TELEFONO	14 ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE (Q.D.E.P.)
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	744-2512	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS _____ NO HIJOS _____	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	William y Gloria
18 FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO 5 9 1 2 3 0	MES 3 5	BA	Maestro de Educ. Fisica	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.	
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE ANO MES DIA		
Helen Vega Martinez		Haciendas Carraizo - Calle 5 - Casa H-8			

28 HORA DEL ACCIDENTE 29. HORA COMENZO TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE
X 8:00 A.M. P.M.

30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR AÑO MES DIA 31 PUEBLO DE ACCIDENTE
San Lorenzo

32 ACCIDENTE AUTO 33. FECHA DE LA MUERTE
DIA MES AÑO 34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO
N/A SI NO 35. SUELDO POR HORA QUINCENAL SEMANAL
 SI NO DIARIO BISEMANAL MENSUAL

36. FRECUENCIA
Dias: 5 Horas: 30 37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA
38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO
Educacion 39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL
6 años 40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION
AÑO MES DIA

41 OCURRIDO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO 42 TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA 43 INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIDO EL ACCIDENTE
 SI NO SI NO Dar la clase de Educ. Fisica 44 ESTABA EN GESTIONES OFICIALES
 SI NO

45 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO
Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R. 46 SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE
 SI NUM. _____ MURIERON SI NUM. _____ NO NO

47 DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIDO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL
INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO

Alega el profesor Vega que: desde el mes de enero de 1995 viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza, dolor constante en los ojos, congestión de las fosas nasales y fuertes dolores de garganta. Alega además que en el área de juegos de la escuela hay un polvorín continuo a consecuencia de la ubicación de la cancha.

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER
 NO SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)

49 TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?
 NO SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)

50. TIEMPO
AÑOS SEMANAL MENSUAL
MESSES _____

51 TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO
NOMBRE: Rosa Borges - Secretaria DIRECCION: Bo. Cerro Gordo - San Lorenzo, P. R.
NOMBRE: Antonia Diaz - Directora DIRECCION: San Lorenzo, Puerto Rico

WILLIAM VEGA MARTINEZ

CALLE 33 R 6-17
TURABO GARDENS CAGUAS PR
98 13 00719 5
08

14 AGO 97 30 010 59

4771

ESTADO LIBRE ASOCIADO
CORPORACION DEL FONDO DEL
SEGURO DEL ESTADO

DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO

TELEPROCESADO POR (FIRMA)

FECHA
DIA MES AÑO

CODIFICADO (FIRMA OCS)

FECHA
DIA MES AÑO

PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES

BATCH	CASO NUMERO			C/D	CLAVE TRANS	TARJ NUM
	ANO	DISP.	NUMERO			
1	3	4				
				12	13	14
				15	16	

CLAVE DE COMP.	ALTA TRABAJAR			ALTA DEFINITIVA					
	COMP.	DISP.	PAT	ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
17	22	27		32			39		44

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

LESIONADO
PATRONO

URB TURABO GARDENS
R 6 17 CALLE 33
CAGUAS PR 00727

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PO BOX 759
HATO REY PR 00919

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION

1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:
 a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN
 b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL
 c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO

2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA DE DE CURADO SIN INCAPACIDAD CON INCAPACIDAD
 (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).

3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL DE DESCANSO C.T. (MIENTRAS TRABAJA).
 AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN

4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL DE DESCANSO C.T. (MIENTRAS TRABAJA). LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:
 a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE CON INCAPACIDAD
 (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE

6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:
 a. DESCANSO C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE EN TRATAMIENTO MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION EN TRATAMIENTO
 b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA DE SIN INCAPACIDAD CON INCAPACIDAD
 (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)
 c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL 10 DE SEPTIEMBRE DE 98

7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.

8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.

9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1958. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).

OBSERVACIONES:

LCDO NICOLAS LOPEZ PEÑA

Administrador

DR VICTOR BERIOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

CERTIFICO: Que en el dia de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en Puerto R



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (OTI)		
AÑO	DISP.	NUMERO		Batch	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES		DIA	AÑO	MES
FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO		COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA			CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:
AÑO	MES	DIA		AÑO T R O		AÑO FACT.	AMP.						

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)			2. NUMERO DE POLIZA	AÑO T R O	NUMERO	Año Fact.	AMP.	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL			
Departamento de Educación											
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.			4. CLASE DE PATRONO:			Industria Sociedad Corporación Cooperativa			5. CLASE DE NEGOCIO		
P. O. Box 1281			<input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea			<input checked="" type="checkbox"/> Otros			Educación		
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)			6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)			Esc. María T. Delgado - San Lorenzo			7. TELEFONO		
San Lorenzo, Puerto Rico 00754									736-0470		

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	
5-1234771	Vega	Martinez	William		
10. DIRECCION RESIDENCIAL		Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caaguas, Puerto Rico 00725			CODIGO POSTAL
Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caaguas, Puerto Rico		00725			00725

11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO

12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	744-2512	<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS 0 NO HIJOS 1	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	William y Gloria	
18. FECHA NACIMIENTO		19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO 5	MES 9	DIA 1	39 New York	BA	Maestro de Educ. Física	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZO.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
Helen Vega Martinez	-----	Haciendas Carraizo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.	AÑO MES DIA 9 9 0 3 0 8
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE
1:50 P.M.	8:00 <input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	N/A	San Lorenzo

32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	N/A	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	81,750.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL
37. NUMERO DE DIAS U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA		38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION
Dias: 5 Horas: 6		Education	9 años	AÑO MES DIA

41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. TIENE USTED CONTRATO DE APLICACION?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Dar clase de Educación Física	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO

Escuela Dra. María T. Delgado de Marcano

San Lorenzo, Puerto Rico

46. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	47. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER
Indique el VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)	Alega el profesor Vega que hace alrededor de una semana se está sintiendo con mucha congestión nasal, presión en los ojos, dolor en la cabeza y en la frente a causa del polvorín en el salón y en el área de trabajo.	

49. TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	50. TIEMPO	51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	52. TIEMPO
		<input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/> MESES	NOMBRE Daris D. Gómez González	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL

53. DIRECCION Jard. de San Lorenzo - San Lorenzo, P. R.

54. FECHA DE RECLAMACION

55. SI HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?

56. NUMERO DE RECLAMACION

57. FECHA DE RECLAMACION

58. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE



NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (C)	
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES

FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA						CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.
AÑO	MES	DIA				AÑO	T	R	O	AÑO FACT.	AMP.			

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2. NUMERO DE POLIZA	AÑO	T	R	O	NUMERO	Año Fac.	AMP.	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL
Departamento de Educación									5 9 0 6 6 0 6
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.	4. CLASE DE PATRONO:	Industria Sociedad Corporación Cooperativa					5. CLASE DE NEGOCIO		
P. O. Box 190759	<input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Síndico <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Albacea						<input checked="" type="checkbox"/> Otros		
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)	Educación					7. TELEFONO		
San Juan, Puerto Rico 00919	Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano						736-0470		

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
██████████ 4 7 7 1	Vega	Martínez	William	
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)				

Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico

11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO	CODIGO POSTAL + FDUR
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico	00725

12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	7/4-2512	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS 0 NO HIJOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO William y Gloria

18. FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO MES DIA	5 9 1 2 3 0	43	New York	B.A. Maestro Educación Física	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
Helen Vega Martínez	-----	Haciendas Carraízo - Calle 5 Casa Trujillo Alto, P.R. H-8	AÑO MES DI 0 3 1 0 3

28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE
9:30 A.M.	8:00	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	San Lorenzo

32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	DIA MES AÑO N/A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No N/A	\$2,205.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL

37. NUMERO DE DIAS Y HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION
HORAS 30	Educación	14 años	AÑO MES D 0 3 1 0 3

41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Levantándose de la silla.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO	46. SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?
de Marcano	<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	Alega el profesor Vega que el 31 de octubre de 2003 mientras ofrecía <input checked="" type="checkbox"/> si clase, levantarse de la silla de su salón sintió un fuerte dolor en la parte baja de la espalda; esto acompañado de ardor. Le molesta mucho estar de pie al igual que sentado.
---	--

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE	50. TIEMPO AÑOS MES 0 0	SALARIO SEMANAL MESSES MENSUAL
49. TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	

51. TESTIGOS QUE PRESENCIAZON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	DIRECCION
--	-----------

NOMBRE

DIRECCION